

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАДНИМ БЛОКИРОВАННЫМ ВЫВИХОМ ПЛЕЧА

Дитто Д., Аскерко Э.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

В классическом труде, посвященном задним блокированным вывихам плеча (ЗБВП) "Locked posterior dislocation of the shoulder" авторов Hawkins R.J., Neer C.S., Pianta R.M., Mendoza F.X. изложенном в Североамериканском журнале «Хирургия костей и суставов» в 1987 г. описаны методики лечения 40 больных по опыту за 18 лет, с 1965 по 1982 г.г. По истечении 20 лет с момента опубликования этой статьи, в хирургии ЗБВП мало что изменилось. По прежнему, лечение патологии представляет определенные трудности. Коррекция патологии не проведенная вовремя, приводит больных к отказу от всех видов трудовой деятельности и самообслуживания, гарантирует инвалидность всех без исключения пациентов и ложится тяжелым бременем на общество. Учитывая, что ЗБВП часто встречается в клинической практике, возникла необходимость разработки методики восстановления стабильности плечевого сустава (ПС), полного объема активных движений и ликвидации болевого синдрома. Однако, в ходе выполнения хирургического вмешательства возникает ряд затруднений. Поэтому, с целью выявления, определения и преодоления проблем возникающих в ходе оперативного вмешательства и затрудняющих его выполнение выполнено это исследование.

Материал и методы

За период с 1992 г. по 2007 г. в клинике травматологии и ортопедии лечился 31 пациент с ЗБВП, мужчин было – 30 (96,77%), женщин 1 (3,23%). Давность патологии составила от 1 нед. до 2,5 мес. Все оперативные вмешательства проводили под эндотрахеальным наркозом. К ПС использовали доступы Лангенбека, передний крючковидный и др., 5 пациентам (19,13%) выполнена остеотомия с целью выведения дефекта головки (ДГ) плеча из контакта с суставной впадиной лопатки (СВЛ) и фиксации Г, Т – образными пластинами. В 3 случаях (9,68% пациентов) после открытого вправления временно стабилизировали ПС спицами, проведенными сквозь головку плеча в СВЛ. Транспозицию клювовидного отростка в ДГ выполнили 1 больному (2,23%). У 3 больных фиксацию костного фрагмента осуществляли винтом. В 19 случаях (61,29%) открытое вправление сопровождали методикой* разработанной в клинике.

Результаты и обсуждение. Результаты оценены у всех больных в сроки от 3 недель до 24 мес. (средний срок $6,67 \pm 5,43$ мес.). Остеотомия плечевой кости с выведением головки из контакта с СВЛ и фиксацией пластиной позволила получить удовлетворительные результаты в сроки наблюдения (средний срок $8,50 \pm 2,35$ мес.) Значительный срок (порой до 10 мес.) улучшения функции ПС был обусловлен консолидацией фрагментов плечевой кости и длительной внешней иммобилизацией. Выполнение ротационной остеотомии требует тщательной оперативной техники (из-за возможного ятрогенного повреждения подкрыльцового нерва), операция травматична (значительный доступ для установки пластины), необходимо повторное оперативное вмешательство для удаления металлоконструкций и устраниения столкновения пластины и акромиона, что предопределяет общий дли-

тельный срок реабилитации пациентов. Анализ исходов лечения у больных с открытым вправлением головки и ее стабилизацией спицами показал, что процент улучшения в первые 2 мес. после операции был незначительным. Так болевой синдром уменьшился (ИБ=1,33±0,58 баллов исходный, 2,67±0,58 баллов результирующий), раскрытие ПЛУ не отмечено. В течение последующих 2 мес. интенсивность боли уменьшилась на 19,82%, а в последующем (более 6 мес.) снижение болевого синдрома составило 9,12%. ПЛУ в первые 4 мес. увеличился на 46,67±6,11°, в дальнейшем отмечалось менее значительное увеличение данного значения до 79,33±3,05°. Таким образом, через 4 мес. после операции и последующей реабилитации удовлетворительные результаты лечения не достигнуты (СКИ - 3,33±0,58), в дальнейшем они имели небольшую тенденцию к улучшению (СКИ - 3,66±0,58). В итоге, способ временного удержания головки плечевой кости в СВЛ посредством спиц по нашему мнению не эффективен. Он не устраняет причину блокирования, а именно ДГ. Фиксация головки спицами возможна в положении приведения плеча, поэтому развивается стойкая приводяще - ротационная контрактура (обусловленная реактивным артритом и жесткой иммобилизацией), устранению которой препятствуют металлоконструкции, требующие удаления (повторная госпитализация и операция). При анализе исходов лечения больного с транспозицией клювовидного отростка в ДГ отмечено, что после проведения восстановительного лечения

активность пациента значительно увеличивалась в более отдаленные сроки (до 2 мес. 10,00% против 40,25% в последующем). Это было связано с тем, что объем оперативного пособия заключающийся в мобилизации головки и ее вправлении, расширялся за счет рассечения сухожилия подлопаточной мышцы (ПМ), отсечения клювовидного отростка с прикрепляющимися сухожилиями, его транспозицией, фиксацией на подготовленную площадку ДГ и рефиксацией ПМ. В целом у больного были получены хорошие результаты в сроки более 4 мес. с восстановлением функции ПС. При этом, сохранялся болевой синдром, что по нашему мнению было определено несвойственным перемещением клювовидного отростка и травматизацией переднего отдела хрящевой губы в условиях внутренней ротации. Анализ реабилитации больных (n=3) с использованием для закрытия дефекта фрагмента малого бугорка показал, что в целом отмечено восстановление отведения верхней конечности. Однако, в условиях внутренней ротации плеча отмечен резко выраженный болевой синдром (ИБ= 2,67±0,58), что негативно сказывалось на самообслуживании пациентов (ИСО = 3,33±0,58) и сгибании верхней конечности. Это было обусловлено миграцией винта и развитием импинджмент-синдрома. Поэтому применение такого объема оперативного пособия позволяет закрыть ДГ, но его недостатком является смещение к центру точки приложения силы ПМ (медиализация ПМ снижает ее тонус, способствует возникновению функциональной мышечной несостоятельности).

Устранение ДГ плечевой кости, как основного фактора нестабильности ПС при ЗБВП и создание функциональной полноценности ПМ является первоочередной задачей. Это достижимо за счет использования предложенной нами методики, что ведет к стабилизации ПС, а также с учетом вышесказанного позволяет проводить адекватное восстановительное лечение. Так, исходы оперативного лечения с использованием предложенной нами методики позволили получить хорошие результаты в сроки 5,53±0,94 мес. при СКИ=4,26±0,45 и величине раскрытия

ПЛУ= $87,42 \pm 8,61^\circ$, с улучшением в дальнейшем, в срок $9,00 \pm 0,97$ мес., СКИ= $4,53 \pm 0,51$ и величина раскрытия ПЛУ соответствовала $100,37 \pm 9,91^\circ$.

Таким образом, учитывая большую социальную и медицинскую значимость проблемы лечения больных с ЗБВП, считаем целесообразным проводить реконструкцию проксимального отдела плеча с учетом вышеизложенного.

Литература:

1. Locked posterior dislocation of the shoulder / R.J. Hawkins, [et al.] // J. Bone Jt. Surg. – 1987. – Vol. 69, A., № 1. – P. 9-18.
2. Аскерко, Э.А. Способ лечения задних блокированных вывихов плеча. – № а20060354 от 17.04.06 / Э.А. Аскерко, Д. Дитто.